

# Profilaktyka zakażenia wirusem HIV

(Prevention of HIV infection)

M Łacna– Radosz<sup>1</sup>, M Wojciechowska<sup>1</sup>, Z Kopański<sup>1,2</sup>, M Głowacka<sup>3</sup>, J Tabak<sup>1</sup>

**Streszczenie** - W artykule przedstawiono podstawowe zagadnienia służące zapobieganiu rozprzestrzenianiu się wirusa HIV, profilaktykę i programy o charakterze prewencyjnym. Szczegółowiej omówiono czynniki społeczne powodujące podatność na HIV, oraz profilaktykę poekspozycyjną.

**Słowa kluczowe** - HIV, podatność na HIV, profilaktyka poekspozycyjna.

**Abstract** - This article presents basic facts that are helpful in the avoidance of HIV infection and preventive programmes. Social factors triggering susceptibility to HIV as well as post-exposure prophylaxis were discussed in greater detail.

**Key words** - HIV, HIV susceptibility, post-exposure prophylaxis.

## I. WSTĘP

Podstawowym zagadnieniem dla zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa HIV jest profilaktyka i programy o charakterze prewencyjnym.

## II. PERSPEKTYWA BIOMEDYCZNA

Początkowe postępowania, którego celem było zapobieżenie epidemii AIDS nie odróżniało się niczym od tych, które wdrażano w przypadku innych chorób zakaźnych [1]. Działania rozpoczęły się od wyłonienia grup ryzyka, do których początkowo zaliczano: homoseksualistów, hemofilików, heroinistów oraz Haitańczyków– tzw. 4 H od pierwszych liter nazw grup.

### Afiliacja:

1. Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu (korespondencja; e-mail: zkopanski@o2.pl).
2. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński.
3. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku Instytut Nauk o Zdrowiu.

Usiłowano zidentyfikować i unieszkodliwić źródła zakażenia poprzez ustanowienie zakazu wjazdu nosicieli do niektórych krajów, ustanowienie przymusowej izolacji chorych. W późniejszym okresie reorganizowano krwiolecznictwo tak, aby wykluczyć tę drogę szerzenia się wirusa. Zastosowanie działań „twardych” nie przyniosło jednak spodziewanych efektów, a w dużym stopniu zaszkodziło nosicielom. Okazało się, że zarażenie wirusem HIV jest powodem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego, co nie było zamiarem świata medycznego.

Obecnie działania „twarde” są dużo bardziej skuteczne (co wynika z postępu wiedzy medycznej) i obejmują: możliwość wykonania testów na obecność wirusa HIV oraz terapię antyretrowirusową. Bardzo szybko zdano sobie jednak sprawę, że działania o charakterze biomedycznym są niewystarczające dla zapobiegania szerzenia się epidemii. Koniecznością okazało się uzupełnienie ich działaniami miękkimi [1,2,3].

## III. PERSPEKTYWA BEHAWIORALNA

Początek prowadzenia profilaktyki z perspektywy behawioralnej datuje się na połowę lat 80. XX wieku. Głównym celem było szerzenie świadomości o ryzykownych zachowaniach i dążenie do ich zmiany. Działania te były początkowo skupione na dwóch typach zachowań ryzykownych: dożywlnym braniu narkotyków oraz częstej zmianie partnerów seksualnych. Jakkolwiek sam zamiysł prowadzenia tego typu działań był niewątpliwie sensowny, to wykonanie okazało się nieskuteczne. Przyczyn tego faktu należy upatrywać na przynajmniej kilku płaszczyznach. Po pierwsze działania edukacyjne były prowadzone przez terapeutów, psychologów i socjologów, których ówczesnie nie postrzegano jako osoby, które mogą specjalizować się w ochronie zdrowia. Po drugie działania okazały się spóźnione– trafiały do młodzieży, która już przeżyła inicjację seksualną i do osób, które już były uzależnione od narkotyków podawanych dożylnie. Po trzecie– kampania była prowadzona przy pomocy skrótowych haseł, takich jak „monogamia chroni

przed HIV”, nie wprowadzając uściślenia, że chodzi o dwie osoby zdrowe [1,2].

Istotnym problemem był fakt, że pierwsze próby edukacji były obciążone moralizatorstwem, czyli nie informowano młodzieży np. o możliwości i konieczności stosowania prezerwatywy w przypadku kontaktu seksualnego z partnerem, który może być potencjalnym nosicielem wirusa HIV. Przywiązanie do pierwotnie wyłonionych grup ryzyka poskutkowało niską świadomością na temat, kto może być nosicielem – początkowe programy profilaktycznie nie edukowały swoich odbiorców, że może być nim każdy, którego aktualne status serologiczny nie jest nam znany. Założeniem pierwszych programów edukacyjnych było propagowanie monogamii, a nie uczenie bezpiecznych zachowań seksualnych. W efekcie do dzisiaj można spotkać się z mitami, które pokutują i są nadal propagowane przez środowiska konserwatywne – do najpopularniejszych z nich należy przekonanie, że prezerwatywa nie chroni przed zakażeniem [4,5]. Pomimo początkowych niepowodzeń, edukacja jest skutecznym sposobem prowadzenia profilaktyki HIV. Wynika to z faktu, że działania skierowane na przecięcie dróg szerzenia zostały oderwane od działań o charakterze moralizatorskim. Obecne działania edukacyjne są skoncentrowane na przekazaniu wiedzy o bezpiecznych zachowaniach seksualnych oraz bezpiecznym braniu narkotyków (oczywiście bezpiecznym wyłącznie z perspektywy możliwości zarażenia się wirusem HIV).

#### IV. PERSPEKTYWA SPOŁECZNO-KULTUROWA

Prowadzenie działań o charakterze edukacyjnym zaowocowało spostrzeżeniem, że w pewnych grupach społecznych odsetek nosicieli wirusa HIV jest znacznie wyższy niż w innych. Zaobserwowano, że zakażenie szczególnie dotyka jednostki marginalizowane z powodu płci, wieku, statusu ekonomicznego, orientacji seksualnej i przynależności etnicznej [6]. To spostrzeżenie doprowadziło do wyciągnięcia wniosku, że zachowania jednostek nie są jedynie wynikiem ich własnej decyzyjności, ale również uwarunkowań społeczno-kulturowych. Zauważono, że podatność na zachowania ryzykowne nie jest wyłącznie cechą osobniczą, ale wynika również z kontekstu kulturowego, a w szczególności: kondycji ekonomicznej, bezrobocia, prawa i jego egzekucji, mobilności, norm społecznych oraz kulturowej tożsamości płci. Co istotne, czynniki te charakteryzuje zmienność – zarówno w czasie, jak i w społecznościach. Prowadzenie profilaktyki z tej perspektywy wymaga naukowego rozpoznania czynników i powiązań między nimi. Rozpoznanie to ma umożliwić modyfikacji wybranych czynników, poprzez wprowadzenie zmian w politykach sektorowych,

reorganizację usług zdrowotnych i społecznych oraz tworzenie wspierającego środowiska. Modyfikacje te mają doprowadzić do uwłasnowolnienia danej społeczności [1,7]. Studia nad kulturowymi czynnikami sprzyjającymi zakażeniu HIV doprowadziły do rozróżnienia czynników ryzyka dla kobiet i mężczyzn, które zgrupowano w poniższej tabeli:

Tabl. 1 Czynniki społeczne powodujące podatność na HIV wśród kobiet i mężczyzn [7]

Czynniki	Kobiety	Mężczyźni
Pośrednie	Normy i praktyki związane z „prawdziwą kobiecością”: Praca odtwórcza lub twórcza w domu Funkcje opiekuńcze Zależność ekonomiczna Większa kontrola społeczna i brak wpływu na podejmowane decyzje Przemoc wobec kobiet Mniejszy dostęp do usług i świadczeń	Normy i praktyki związane z „prawdziwą męskością”: Praca twórcza poza domem Funkcje ekonomiczne Dominacja i podejmowanie decyzji Uprawniona agresja Późne poszukiwanie pomocy profesjonalnej
Bezpośrednie	Normy i praktyki związane z seksem: Dziewictwo i brak doświadczenia Bierność, uległość, wierność Macierzyństwo Ograniczona kontrola życia seksualnego i reprodukcyjnego.	Normy i praktyki związane z seksem: Doświadczenie Aktywność Stosunki pozamałżeńskie Wysokie libido

Różne czynniki ryzyka dla kobiet i mężczyzn są wynikiem różnic socjalizacyjnych i norm społecznych, szczególnie w zakresie aprobowanych kulturowo zachowań seksualnych. Ponadto, czynniki te, obnażają nierówny status społeczny kobiet i mężczyzn.

## V. PROFILAKTYKA POEKSPOZYCYJNA

Profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HIV jest bardzo ważną metodą zapobiegania zarażeniu tym wirusem po ekspozycji na niego [6]. Należy pamiętać, że konsekwencją ekspozycji na materiał zakaźny jest nie tylko ryzyko zakażenia, ale również skutki psychologiczne, takie jak wzmożony lęk czy strach. Wdrożenie profilaktyki nie tylko niweluje ryzyko, ale również łagodzi objawy ze strony psychiki, aczkolwiek pełna profilaktyka poekspozycyjna powinna obejmować również opiekę psychologiczną przez cały czas trwania programu [8]. Ryzyko zarażenia wirusem HIV w przypadku zakłucia skażoną igłą wynosi zaledwie 0,32%, co oznacza, że do zakażenia dochodzi w 1 przypadku na 300. Ryzyko zakażenia po kontakcie z otwartymi ranami, skaleczeniami lub pękniętą, uszkodzoną skórą jest jeszcze mniejsze – szacuje się, że wynosi 0,09%, co oznacza, że zostanie zakażona mniej niż 1 osoba na 1000 [9]. Należy pamiętać, że podanie leków antyretrowirusowych może skutkować poważnymi następstwami ubocznymi, co oznacza, że stosuje się je w uzasadnionych przypadkach, na jasno określonych zasadach.

Badania przeprowadzone przez Kowalską, Firląg-Burkacją i innych [6] dowiodły, że skutki uboczne terapii lekami antyretrowirusowymi dotknęły niemal 32% osób, u których doszło do ekspozycji zawodowej i aż 37,8% osób, w przypadku których ekspozycja miała charakter pozazawodowy. Badania te ujawniły, że aż 31,6% pracowników ochrony zdrowia uczestniczących w programie profilaktyki poekspozycyjnej nie zgłosiło się na powtórne badanie na obecność wirusa HIV. Autorzy badania wnioskują, że „*postawa taka świadczy o głębokim niezrozumieniu celowości ustalonego systemu diagnozowania oraz niesłusznym przekonaniu o satysfakcjonującym zakończeniu diagnostyki już po pierwszym badaniu*” [6]. I dalej: „*istnieje potrzeba rozszerzenia akcji szkoleniowej, w tym profilaktyczno-propagandowej w środowisku medycznym, zwłaszcza w stosunku do personelu średniego i podstawowego na temat zagrożenia HIV/AIDS, ze względu na liczne przypadki narażenia na MPZ w tej grupie*” [6].

## VI. PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

Krajowe Centrum ds. AIDS od lat prowadzi kampanie o charakterze profilaktycznym. Dotychczas miały miejsce:

- W 2001– Nie daj szansy AIDS. Bądź odpowiedzialna.
- W 2002– HIV nie wybiera. Ty możesz.
- W 2003– Porozmawiajcie o AIDS
- W 2004– Test na HIV. Jedyne sposoby by być pewnym
- W 2005– ABC zapobiegania
- W 2006– Rodzina razem przeciwko AIDS

- W 2007– W życiu jak w tańcu, każdy krok ma znaczenie. Oraz Daj szansę swojemu dziecku. Nie daj szansy AIDS
- W latach 2007-2008– Wróć bez HIV
- W latach 2009– 2010 ponownie Daj szansę swojemu dziecku. Nie daj szansy AIDS
- W 2010 kampania kierowana do MSM: Prezerwatywa przedłuża przyjemność
- W latach 2010-2011– Wiedza ratuje życie
- W latach 2011-2012– Zrób test na HIV [3].

Kampanie prowadzone przez Krajowe Centrum ds. AIDS mają zasięg ogólnopolski, nie jest to jednak jedyna instytucja zajmująca się profilaktyką HIV/AIDS. Przykładem kampanii o zasięgu lokalnym może być „Nie dostaniesz mnie” prowadzona w 2010 roku przez Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy” na terenie Warszawy. Ponadto prowadzi się różne kampanie profilaktyczne organizowane np. przez samorządy dla różnych grup docelowych – takich jak młodzież szkolna czy osoby z grup ryzyka. Organizatorem wielu kampanii jest również Sanepid. W akcje tego typu angażują się również media. W chwili obecnej „Newsweek” prowadzi program profilaktyczny „HIV – bać się czy nie”, którego celem jest udostępnienie materiałów edukacyjnych szkołom i rodzicom. Kampania ta korzysta również z nowoczesnych narzędzi i proponuje m. in. grę on-line, przeznaczoną dla osób pełnoletnich, której celem jest szerzenie wiedzy na temat dróg zakażenia [2].

## VII. PIŚMIENNICTWO

- [1] AIDS Epidemic Update 2004. UNAIDS; 2004.
- [2] <http://edu.newsweek.pl/wiedzaoids/>, data pobrania: 5 października 2011
- [3] <http://www.aids.gov.pl/?page=epidemiologia&act=pl&id=1>, data pobrania: 30 września 2011
- [4] Dąbrowska-Jędrzał M. Fakty na temat HIV i AIDS dla pielęgniarek i położnych, Warszawa; WHO, 2008.
- [5] Duesberg P, Kohenlein C, Rasnick D. The chemical bases of the various AIDS epidemics: recreational drugs, anti-viral chemotherapy, malnutrition. J Biosci 2009; 28 (4): 384–412.
- [6] Kowalska J D, Firląg-Burkacka E, Niezabitowska M i wsp. Profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HIV prowadzona w poradni profilaktyczno-leczniczej wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie w latach 2001-2002. Prz Epidemiol 2006; 60: 789–794.
- [7] Cianciara D. Kierunki i rozwój profilaktyki HIV/AIDS. Prz Epidemiol 2005; 59: 147-154.
- [8] Giza A. Psychosocial consequences of medical staff occupational exposures. HIV AIDS Rev 2004; 3 (1): 36-38.

- [9] Parkin JM, Murphy M, Anderson J *et al.* Tolerability and side effects of post-exposure prophylaxis for HIV infection. Lancet 2000; 355: 722-72.